

Perubahan Kualitas Hidup Ditinjau Dari Aspek Psikoseksual Pasca Histerektomi Total Abdominal

Ucke S. Sastrawinata

Bagian/KSM Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran
Universitas Kristen MaranathaRS.Immanuel Bandung

Abstract

The objective of this prospective-descriptive study is to investigate the alterations of the patient's life quality viewed from their psychosexual profile after they had a total abdominal hysterectomy. This study was conducted to 54 patients having myoma uterine and later underwent a total abdominal hysterectomy with one ovarium or two left behind. From a set of data collected by using SF-36 questioner, the patient's psychosexual profile after the total abdominal hysterectomy was evaluated. The research setting was the Department of Obstetric & Gynecology, Medical Faculty of Maranatha Christian University/Immanuel Hospital, Bandung. The data, which were collected from 1 July to 31 March 2007, show that most of the patients are 30-39 years old (66.7%); the percentage of the patients having 3 children is the highest (40.7%); most of the patient's education level is elementary school (55.5%); and the patient's social economic level is medium (44.4%). The result of the data evaluation shows that there is a tendency of life quality changes regarding the patient's psychosexual profile. It is concluded that the patient's psychosexual profile tends to increase in the fourth month after the surgery and keeps increasing until two months later.

Key words: *psychosexual , hysterectomy total abdominal*

Pendahuluan

Operasi histerektomi merupakan tindakan yang sering harus dihadapi seorang wanita dalam pengobatan kelainan ginekologi baik jinak maupun ganas. Tindakan pengambilan rahim seorang wanita (histerektomi) tentunya akan memberikan dampak psikologis maupun seksual terhadapnya.¹ Biasanya penderita histerektomi sering memperhatikan pengaruh histerektomi terhadap fungsi seksualnya.² Wanita merasa cemas mengalami gangguan fungsi seksual setelah histerektomi prevalensinya berkisar 13% - 37%.^{3,4} Bagi seorang ahli obstetri dan ginekologi yang sudah terlatih dan cakap dalam mendiagnosis ginekologik dan keterampilan teknis dalam pembedahan, itu tidak cukup. Dia juga harus

mengenal, dan akhirnya mengobati termasuk aspek psikologi (termasuk emosi, seksual, psikosomatik dan tingkah laku lainnya) akibat dari penyakit ginekologi dan pengobatannya. Ini termasuk evaluasi pra dan pasca operasi serta terapi penunjang pasien.^{1,5}

Dari beberapa penelitian masih menunjukkan hasil yang kontradiksi dengan argumentasi masing-masing. **Barker** dan **Steiner** mendapatkan gangguan psikologis sedangkan **Kjeruff**, **Lambden** dan **Gath** mendapatkan perbaikan di dalam psikologis dan kualitas hidup.² **Nathorst** dan **Adersen BL** mendapatkan penurunan fungsi seksual setelah menjalani histerektomi sedangkan **Julia C Rhodes**, **Lambden** dan **Gath** mendapatkan hasil peningkatan fungsi seksual setelah histerektomi.²

Gangguan masalah seksual tersebut dapat juga berhubungan dengan asal usul perkembangan embriologi dari sinus urogenital dan vagina.⁶ Beberapa ahli menjelaskan adanya peranan serviks dalam suatu rangsangan seksual dan orgasme yang disebabkan stimulasi dari pleksus uterovaginal Frankenhauser dan apabila terjadi jaringan parut pada puncak vagina maka stimulasi dari ujung-ujung saraf pleksus uterovaginal Frankenhauser akan terganggu.^{5,7-9}

Bahan dan Cara

Penelitian ini berbentuk studi deskriptif prospektif dengan jumlah responden 27 orang yang dilakukan pada pasien mioma uteri yang menjalani histerektomi total perabdominam dengan mengangkat satu atau kedua ovarium ditinggalkan, kelainan ginekologi jinak, penilaian hanya melihat profil psikoseksual praoperasi dan bulan 1, 4 dan 6 pascaoperasi dan masih melakukan aktivitas seksual. Profil psikoseksual yang diamati adalah peranan pembatasan fisik, emosi dan gangguan fungsi seks, pengumpulan data melalui pengisian kuesioner SF-36. Kuosioner SF-36 terdiri atas 36 pertanyaan yang diajukan untuk survei kesehatan pasien.

Hasil dan Pembahasan

Telah dilakukan observasi penilaian terhadap profil psikoseksual pada 54 pasien dan didapatkan hasil sebagai berikut:

Pada Tabel 1 tampak responden terbanyak adalah kelompok umur 30-39 tahun (66,7%), karakteristik ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa mioma uteri lebih sering ditemukan dengan rentang usia 25-45

tahun (20%-40%).¹ Paritas terbanyak adalah paritas 3 (40,7%), umumnya mioma uteri terjadi pada nulipara atau infertil. Tingkat pendidikan terbanyak pada responden adalah pendidikan rendah (SD-SMP) (55,5%), di samping itu umumnya responden terbanyak mempunyai tingkat sosial ekonomi sedang (44,4%).

Pada Tabel 2 terdapat kecemasan sebelum operasi (70,4%) dan menurun setelah operasi, sedangkan tidak ada pembatasan peranan emosi sebelum operasi (25,9%) dan meningkat setelah operasi. Kecemasan yang terjadi sebelum operasi dalam hal ini sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan karena pasien dipengaruhi oleh penafsiran-penafsiran yang salah terhadap dampak histerektomi. Sedangkan tidak adanya pembatasan emosi meningkat dari praoperasi dan pascaoperasi dikarenakan pasien merasakan hilangnya gejala nyeri, perdarahan yang dialami praoperasi sehingga rasa percaya diri pasien bertambah.

Pada Tabel 3 terlihat frekuensi hubungan seks tidak ada (40,8%) dan jarang sebelum operasi (55,5%) dikarenakan keluhan dari pasien mengenai gejala dari tumornya dapat berupa nyeri atau perdarahan pervaginam yang sangat mengganggu dan frekuensi sering hubungan seks cenderung akan meningkat setelah operasi bulan ke-6 dikarenakan nyeri dan ketakutan akan penyakitnya sudah dapat teratasi dan juga pasien sudah tidak takut lagi akan bekas luka operasinya. Sedangkan orgasme yang dialami oleh pasien mengalami sedikit peningkatan setelah operasi bulan ke-6.

Peningkatan libido juga cenderung meningkat setelah operasi bulan ke-6 ini dikarenakan pasien sudah

tidak merasa khawatir lagi akan kehamilan yang akan terjadi. Nyeri pada saat hubungan seks juga mengalami penurunan setelah dilakukan operasi.

Tabel 1. Karakteristik Pasien

Variabel	Jumlah	%
Umur (tahun):		
20-29	2	3,6
30-39	36	66,7
40-49	16	29,7
Agama :		
Islam	36	66,7
Protestan	12	22,2
Katolik	6	11,1
Paritas :		
0	4	7,4
1	6	11,1
2	18	33,4
3	22	40,7
>3	4	7,4
Sosial ekonomi :		
Rendah	10	18,5
Sedang	24	44,4
Tinggi	20	37,1
Pendidikan:		
Rendah	30	55,5
Sedang	18	33,4
Tinggi	6	11,1

Tabel 2. Profil Pembatasan Peranan Emosi Praoperasi dan Pascaoperasi

Pembatasan Peranan emosi	Praoperasi (%)	Pascaoperasi		
		1 (%) bulan	4 (%) bulan	6 (%) bulan
1. Tidak ada	14 (25,9)	18 (33,3)	46 (85,2)	54 (100)
2. Depresi	2 (3,7)	0 (0)	0 (0,0)	0 (0)
3. Cemas	38 (70,4)	36 (66,7)	8 (14,8)	0 (0)

Tabel 3. Profil Fungsi Seks Praoperasi dan Pascaoperasi

Variabel	Praoperasi	Pascaoperasi		
	(%)	1bln (%)	4 bln (%)	6 bln (%)
1. Frekuensi hubungan seks				
- . Tidak ada	22 (40,8)	54 (100)	36 (66,7)	0(0,0)
- . Jarang	30 (55,5)	0 (0,0)	18(33,3)	24(44,4)
- . Sering	2(3,7)	0 (0,0)	0(0,0)	30(55,6)
2. Frekuensi orgasme				
- . Tidak ada	22 (40,8)	54 (100)	46 (85,2)	0 (0,0)
- . Jarang	28 (51,8)	0 (0,0)	8(4,8)	20(37,0)
- . Sering	4 (7,4)	0 (0,0)	0(0,0)	34 (63,0)
3. Peningkatan libido				
- . Tidak ada	14 (25,9)	54 (100)	24 (44,4)	6 (11,1)
- . Jarang	36 (66,7)	0 (0,0)	30 (55,6)	18 (33,3)
- . Sering	4 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	30 (55,6)
4. Nyeri saat hubungan seks				
- .Tidak ada	8 (14,8)	54 (100)	28 (51,9)	36 (66,7)
- .Jarang	12 (22,2)	0 (0,0)	10 (18,5)	14 (25,9)
- .Sering	34 (63,0)	0 (0,0)	16 (29,6)	4(7,4)

Simpulan

Terdapat kecenderungan perubahan profil psikoseksual pada pasien pascahisterektomi totalis perabdominal, yaitu terjadi kecenderungan peningkatan fungsi seksualitasnya seperti: frekuensi hubungan seks, frekuensi orgasme, peningkatan libido dan nyeri saat hubungan seks berkurang serta kecenderungan penurunan dari pembatasan emosi (cemas ataupun depresi).

Saran

Pada penelitian lanjutan perlu dipelajari riwayat kejiwaan responden untuk memperkecil faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi responden

terhadap pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner.

Daftar Pustaka

1. Sadler TW. Langmans medical embryology. 7th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 1991; 126-31.
2. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. JAMA1999; 1934-41.
3. Burrow GD , Dennerstein L, Wood C. Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. Obstet Gynecol. 1997; 92-6.
4. Craig GA, Jackson P. Sexual life after vaginal hyterctomy. Brit Med J.1975; 3: 97.
5. Freeman MG. Psychological aspects of pelvic surgery. In: Thomson JD, Rock JA ed. Te Linde's operative gynecology.7th

- ed. Philadelphia: JB Lippincott co, 1992; 13-22.
6. Kilkku P, Gronroos M. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62:147-52.
 7. Hillard PA. Benign diseases of the female reproductive tract. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. *Novak's Gynecology*. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002; 359-74.
 8. Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. *J Reprod Med*. 1993; 38(10):781-90.
 9. Munro MG. Supracervical hysterectomy. A Time for reappraisal. *Obstet Gynecol*. 1997; 89:133-9.

